

Objednávka č.: **784-PL**

Odberateľ

**Specializovaná nemocnica
sv. Svorada Zobor, n. o.
949 00 Nitra**

DIČ/IČ DPH: **Specializovaná nemocnica**

IČO: **sv. Svorada Zobor, n. o.**

ICO: **37 071 832**

Vybavuje **Mlekov**

tel.: _____ fax: _____

V **Nitra** dňa **8.10.19**

Dodávateľ
HYBRAN

Por. čís.	Názov a druh tovaru	Množstvo	Jedn. množ.	Cena za jednotku	Cena spolu
	VAFCA ml.L	600 ks			

Ponuka zo dňa
Číslo
Dodacia lehota **8.10.19**
Spôsob platby
Spôsob dopravy
Stanica určenia
Miesto určenia

Peňažný ústav odberateľa
Číslo účtu
**Specializovaná nemocnica
sv. Svorada Zobor, n. o.
949 00 Nitra**
Pečiatka a podpis objednávateľa

Svojim podpisom dávam súhlas so spracovaním mojich osobných údajov pre obchodné účely.
J + K IGAZ 150